**介護職員等喀痰吸引等指示書**

標記の件について、下記の通り指示いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指示期間（令和　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 者 | | | 事業者種別 | |  | |
| 事業者名称 | |  | |
| 対象者 | 氏　名 | | 生年月日　　　　明・大・昭・平　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　歳） | | | |
| 住　所 | | 電話（　　　）　　　　― | | | |
| 要介護認定区分 | | 要支援（　１　２）　要介護（　１　２　３　４　５　） | | | |
| 障害程度区分 | | 区分１　区分２　区分３　区分４　区分５　区分６ | | | |
| 主たる疾患(障害)名 | |  | |  |  |
| 実施行為種別 | | | 口腔内の喀痰吸引・鼻腔内の喀痰吸引・気管カニューレ内部の喀痰吸引  胃ろうによる経管栄養・腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養 | | | |
| 指示内容 | 具体的な提供内容 | | | | | |
| 喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、注意事項を含む） | | | | | |
| 経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む） | | | | | |
| その他留意事項（介護職員等） | |  | | | |
| その他留意事項（看護職員） | |  | | | |
| （参考）使用医療機器等 | | １．経鼻胃管 | | サイズ：　　　　　 Fr、種類： | | |
| ２．胃ろう・腸ろうカテーテル | | 種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：　　　　Fr、　　　 ㎝ | | |
| ３．吸引器 | |  | | |
| ４．人口呼吸器 | | 種類： | | |
| ５．気管カニューレ | | サイズ：外径　　　　　㎜、長さ　　　　㎜ | | |
| ６．その他 | |  | | |
| 緊急時の連絡先  不在時の対応法 | | | | | | |

※１．「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者自立支援法等による事業の種別を記載すること。

　２．「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄に

ついては、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

　上記のとおり、指示いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 医師氏名　　　　　　　　　　　　 　　印

(登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長)　殿